

[SUPPORT POUR L'ÉVALUATION DES ACQUIS ET DES COMPÉTENCES]

Patient :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : __/__/____

Étiquette patient

Le/...../.....

	Questionnaire d'évaluation du patient	Recueil des acquis du patient
Q1	Prenez-vous un médicament anticoagulant ? Connaissez-vous son nom ? Sa couleur et sa forme ?	<input type="checkbox"/> Je sais que je prends un traitement anticoagulant et connaît son nom, sa couleur et sa forme <input type="checkbox"/> Je sais que je prends un traitement anticoagulant mais ne connais pas tous les détails <input type="checkbox"/> Je ne sais pas que je prends un traitement anticoagulant
Q2	Savez-vous à quoi sert ce traitement ?	<input type="checkbox"/> Je sais <input type="checkbox"/> Je sais partiellement <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Q3	Savez-vous pour quelle raison de santé ce traitement vous a été prescrit ?	<input type="checkbox"/> Je sais et nomme ma pathologie : <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Q4	Savez-vous comment prendre médicament (ex : peu importe l'heure, à heure régulière ou toujours à la même heure fixe...)?	<input type="checkbox"/> Je sais <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Q5	Savez-vous s'il existe un moyen de contrôler l'efficacité de votre traitement ? Préciser si besoin.	<input type="checkbox"/> Je sais : prise de sang et INR pour les AVK, pas de tests spécifiques pour les AOD <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Questions spécifiques à un traitement antivitamines K. Si la patient a un traitement par anticoagulant oraux direct, passer à la question Q12		
Q6	Savez-vous dans quelle fourchette doit se situer votre résultat d'INR ?	<input type="checkbox"/> Je sais, je précise : _____ <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Q7	Que faites-vous si votre INR est supérieur à 4.5 ?	<input type="checkbox"/> J'attends l'infirmière, elle passe demain <input type="checkbox"/> J'appelle le 15 ou le 112 <input type="checkbox"/> J'appelle mon médecin traitant dans la journée <input type="checkbox"/> J'adapte moi-même mon traitement. Préciser : <input type="checkbox"/> Je ne fais rien <input type="checkbox"/> Autre :
Q8	Quel est le risque si votre résultat est supérieur à 4,5 ?	<input type="checkbox"/> Je sais que je risque de saigner <input type="checkbox"/> Je pense que j'ai un risque de formation de caillot <input type="checkbox"/> Je ne sais pas comment interpréter le résultat <input type="checkbox"/> Autre :
Q9	Selon vous quelle sera l'attitude du médecin face à un INR de 4.5 : va-t-il diminuer ou augmenter la dose ?	<input type="checkbox"/> Je sais (diminuer) <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Q10	Que faites-vous si votre INR est inférieur à 1.8 ?	<input type="checkbox"/> J'appelle mon médecin traitant le jour même <input type="checkbox"/> J'appelle mon médecin traitant dans les jours à venir <input type="checkbox"/> J'adapte moi-même mon traitement. Préciser : <input type="checkbox"/> Je programme une prise de sang dans 8 jours <input type="checkbox"/> Je ne fais rien <input type="checkbox"/> Autre :

Q11	Lors d'un changement de dose, dans quel délai refaite-vous un INR ?	<input type="checkbox"/> Je sais : 3 à 4 jours <input type="checkbox"/> Je ne sais pas et j'attends le prochain contrôle prévu
Q12	Que faites-vous en cas d'oubli d'une prise ?	<input type="checkbox"/> Je double la dose de la prochaine prise <input type="checkbox"/> Je prends la prise à un autre moment de la journée <input type="checkbox"/> J'appelle mon médecin traitant <input type="checkbox"/> Je ne fais rien et j'attends la prochaine prise <input type="checkbox"/> Je surveille plus fréquemment mon INR
Q13	A votre avis, pouvez-vous prendre l'un des médicaments suivant sans avis médical ? - Anti-inflammatoires - Laxatifs - Paracétamol - Aspirine Antibiotiques	<input type="checkbox"/> Je sais que non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas que non <input type="checkbox"/> Je sais que non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas que non <input type="checkbox"/> Je sais que non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas que non <input type="checkbox"/> Je sais que non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas que non
Q14	Connaissez-vous les signes d'alerte d'un surdosage ?	<input type="checkbox"/> Je connais tous les signes <input type="checkbox"/> Je connais certains signes <input type="checkbox"/> Je ne connais pas les signes
Q15	Connaissez-vous les signes d'alerte d'un sous dosage ?	<input type="checkbox"/> Je connais tous les signes <input type="checkbox"/> Je connais certains signes <input type="checkbox"/> Je ne connais pas les signes
Q16	Dans les situations suivantes, est-ce que vous informeriez le professionnel de santé de votre traitement anticoagulant : - lors d'une extraction dentaire - lors d'une grossesse. - lors d'une infiltration..... - lors de soins de pédicure..... - lors de séances de kinésithérapie.....	<input type="checkbox"/> J'informe <input type="checkbox"/> Je n'informe pas <input type="checkbox"/> J'informe <input type="checkbox"/> Je n'informe pas <input type="checkbox"/> J'informe <input type="checkbox"/> Je n'informe pas <input type="checkbox"/> J'informe <input type="checkbox"/> Je n'informe pas <input type="checkbox"/> J'informe <input type="checkbox"/> Je n'informe pas
Q17	Savez-vous s'il y a un document relatif à votre traitement que vous devriez avoir sur vous ?	<input type="checkbox"/> Je sais: ma carte anticoagulant <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Q18	Emportez-vous des documents particuliers en vacances ?	<input type="checkbox"/> Je sais : ma carte + /- carnet, mon ordonnance <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Q19	La prise de votre médicament anticoagulant vous a-t-elle obligé : - à adapter votre alimentation ? Préciser - à éliminer certaines boissons ? Préciser	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Q20	Prenez-vous des mesures particulières pour éviter les saignements : - lorsque vous jardinez..... - lorsque vous bricolez - lorsque vous faites de la boxe - lorsque vous faites du vélo..... - lorsque vous faites du vélo tout terrain - lorsque vous faites la cuisine..... - lorsque vous vous faites mettre un piercing..... - lorsque vous randonnez en groupe en montagne... - lorsque vous prenez l'avion pour une destination lointaine	<input type="checkbox"/> Je sais : botte et gants <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Je sais : botte et gants <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Je sais : botte et gants <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Je sais : botte et gants <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Je sais : botte et gants <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Je sais : botte et gants <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Je sais : botte et gants <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Je sais : botte et gants <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Je sais : botte et gants <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Je sais : botte et gants <input type="checkbox"/> Je ne sais pas

Document validé en décembre 2017 par le GT ETP anticoagulants.

